

## اثر بخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان

### مبتلا به سرطان پستان

سمانه محمدپور\*، سهیلا رحمانی\*\*، زینب حاجی رسولیها\*\*\*، زهرا روشندل\*\*\*\*، فاطمه قانلی\*\*\*\*\*  
\*دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.  
\*\*دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد البرز، البرز، ایران.  
\*\*\*کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.  
\*\*\*\*کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد البرز، البرز، ایران.  
\*\*\*\*\*کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

#### چکیده

#### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۳ / ۰۲ / ۰۹  
تجدیدنظر: ۱۳۹۵ / ۰۱ / ۱۷  
پذیرش: ۱۳۹۵ / ۰۲ / ۰۷

**هدف:** توجه به علائم روانشناختی بیماران سرطان پستان به دلیل تاثیر نیرومند بر ابتلا، سیر و پیش‌آگهی این بیماری، بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

#### کلیدواژه‌ها:

درمان فراشناختی، افسردگی، نشخوار فکری، سرطان پستان.

**روش:** پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری (۲ ماه و ۴ ماه) بود که در اسفند ۱۳۹۱ تا اردیبهشت ۱۳۹۲ انجام شد. در این پژوهش ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین شهر تهران به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه درمان فراشناختی ( $n=12$ ) و گروه گواه ( $n=12$ ) قرار گرفتند و با استفاده از مصاحبه ساختار - یافته بالینی (*SCID*)، پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس (*DASS-21*) و پرسشنامه نشخوار فکری (*RRS*) مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش درمان فراشناختی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مورد پس‌آزمون و ۲ مرحله پیگیری (۲ ماه و ۴ ماه) قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار *SPSS-20* و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه پس از اجرای درمان فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.005$ ). به طوری که، میانگین نمره افسردگی و نشخوار فکری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش که نشان داد درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان موثر می‌باشد، می‌توان پیشنهاد داد که به غربالگری روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته و بیماران نیازمند مداخله طی کارآزمایی‌های بالینی مناسب مورد توجه قرار بگیرند.

## Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy on Depression and Rumination in Women with Breast Cancer

\*S. Mohamadpour, S. Rahmani\*\*, Z. Haji Rasoulia\*\*\*, Roshandel Z\*\*\*\*, F Ghaedi\*\*\*\*\*

\*PhD student in Clinical Psychology, Department of clinical psychology, Faculty of Psychology & Education Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

\*\* PhD student in Health Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Islamic Azad University, Alborz, Alborz, Iran.

\*\*\* MA in Clinical Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

\*\*\*\* Master of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Alborz, Iran.

\*\*\*\*\* Master of Psychology, Payam Noor University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

### Abstract

**Objective:** Attending to the psychological symptom in patient with breast cancer because of strong influence on Incidence, progression and prognosis of this disease is very important. The aim of present study was investigating the Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy on Depression and Rumination in Women With Breast Cancer.

**Methods:** This research was semi-experimental with pretest-posttest and follow-up (4 & 2 Month) from February to May in 2013. In this study 24 Patient with breast cancer who attended to Imam Hosein Hospital in Tehran city were selected by convenience sampling method and randomly were assigned in 2 experimental group (n=12) and control group (n=12) and Structured Clinical Interview (SCID), Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and Ruminative Response Scale were administrated as pretest. In the end, post-test and 2 step follow-up (4 & 2 month) was administrated on two groups and data were analyzing with SPSS-20 software and multivariate covariance analysis.

**Results:** The results of the present study indicated that after administrated Meta-Cognitive Therapy there were significant differences between the control and experimental groups ( $p < 0.005$ ). So that, the mean of depression and rumination of experimental group decreased.

**Conclotion:** Considering the result of study that showed Meta-cognitive therapy in reduction of depression and rumination is effective, can be recommended that psychological screening in patient with breast cancer and attention to appropriate clinical trials for patient.

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2013/08/06

Revise: 2013/09/26

Acceptance: 2013/10/20

#### Keywords:

Meta-Cognitive Therapy, Depression, Rumination, Breast Cancer.

آن‌ها افسردگی اساسی و ۲۷/۱ درصد آن‌ها را افسردگی جزئی تشکیل می‌دهد (لرنر، کیبلر و زیچنر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳).

یکی از درمان‌های مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات، درمان فراشناختی است. این درمان رویکرد نوظهوری است که در سال‌های اخیر در زمینه درک و درمان اختلال‌های هیجانی، افسردگی و اضطراب به کار می‌رود (ولز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). روش‌های مبتنی بر فراشناخت از نسل سوم روان‌درمانی هستند که به اندازه تغییر بر پذیرش تاکید می‌کنند (زونگ و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶) و بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرآیندهایی است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند. فراشناخت شامل اطلاعاتی در رابطه با شناخت فرد از حالات درونی خود و راهبردهای مقابله‌ای موثر بر آن‌ها می‌باشد (ما و تیسدال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴؛ فیشر و ولز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸). براساس مدل فراشناختی یادگیری چگونگی تفکر در مورد تفکر (فراشناخت)، یک عنصر مهم در درمان موفق است (سیگال، چیناسی و تاسی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). به طور خلاصه روش درمان فراشناختی بر نقش باورها در سبک پردازش، فاکتورهای توجهی مانند سوگیری توجهی، کنترل شناخت و محدودیت‌های ناپایدار در پردازش تمرکز می‌کند و از طریق کاهش نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناختی در درمان افسردگی موثر است (پاپیگروگیوس<sup>۱۳</sup> و ولز، ۲۰۰۳). باورهای فراشناختی منفی نقش مهمی

سرطان صرفاً یک رویداد، با پایانی معین نیست. بلکه یک موقعیت دائمی و مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی مربوط به آن‌ها مشخص می‌گردد (مک‌فارلند و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). سرطان پستان ۱۶ درصد کل سرطان زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان زنان در جهان می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۸/۲۵ در هر صد هزار نفر است (کیلبرث و رفسوگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). زنان مبتلا به سرطان پستان نه تنها با یک سلسله مشکلات جسمی روبه‌رو هستند بلکه با مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب به دنبال تشخیص و درمان و سیر بیماری نیز رو به‌رو هستند که وضعیت آنان را بغرنج نموده و روال طبیعی زندگی آن‌ها را برهم می‌زند (لنگاچر و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ مک‌فارلند و همکاران، ۲۰۱۶). هیجانات همراه اضطراب و افسردگی از جمله احساس بی‌ارزشی و یا ناامیدی نیز واکنش‌هایی مانند انکار، خشم و احساس گناه ایجاد می‌کند که می‌تواند از این طریق بر سلامت عمومی مبتلایان تأثیر منفی بگذارد (مندلوسز و استین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰؛ مک‌فارلند و همکاران، ۲۰۱۶؛ براندو و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان داده است که ۳۶/۷ درصد زنان مبتلا به سرطان پستان مبتلا به اختلالات خلقی می‌شوند که ۹/۶ درصد

۷ Lerner, Kibler & Zeichner  
۸ Wells  
۹ Zhang et al  
۱۰ Ma & Teasdale  
۱۱ Fisser & Wells  
۱۲ Siegal, Ghinassi & Thase  
۱۳ Papageorgiou

۱ McFarland et al  
۲ World health organization  
۳ Kilbreth, & Refshauge  
۴ Lengacher et al  
۵ Mendlowicz & Stein  
۶ Brandao et al

در افسردگی دارند که اکثر این باورها مربوط به غیرکنترل بودن، زبان‌ها و پیامدهای فردی و اجتماعی هستند و شامل ارزیابی منفی از افکار یا احساسات می‌شوند (رویلفس، پایپرگیوس و گربر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که افسردگی و باورهای منفی و مثبت فراشناختی با یکدیگر رابطه مثبت و معنادار دارند (زونگ و همکاران، ۲۰۱۶).

پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی پرداخته است. به عنوان مثال، برگسن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش شدت علائم بیماران افسرده، نشان دادند که استفاده از رویکرد فراشناختی در کاهش علائم بیماران افسرده، نقش بسزایی دارد. بانهور و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) نیز طی پژوهشی آزمایشی به بررسی اثر بخشی درمان فراشناختی بر افسردگی پرداخته و نشان دادند که پس از اجرای ۱۰ جلسه درمان فراشناختی علائم بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود قابل ملاحظه‌ای را نشان دادند. ولز و همکاران (۲۰۱۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان فراشناختی برای افسردگی مقاوم به درمان یک مداخله موثر و مختصر است که می‌تواند زمینه‌ی ثمربخشی پژوهش‌های کنترل شده تصادفی را فراهم کند. به طوری‌که، ولز و همکاران (۲۰۱۲) بیماران افسرده مقاوم در برابر درمان را با هدف کنترل آگاهانه نشخوار فکری، نگرانی و باورهای فراشناختی به مدت ۸ جلسه تحت درمان فراشناختی قرار داده و در فواصل زمانی ۶ و ۱۲ ماه

پیگیری نمودند و در پایان نشان دادند که در تمامی فواصل زمانی پیشرفت‌های اساسی در کاهش علائم مشاهده می‌گردد و هم‌چنین، در مراحل بعد از پیگیری نیز ثابت باقی می‌ماند. مطابق مطالعات انجام شده فن توجه که فقط یک تکنیک از درمان فراشناختی است به تنهایی می‌تواند تا حد زیادی موجب کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر نشخوار فکری گردد (سینگر و دابسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). با توجه به مطالب مطرح شده، که درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی موثر بوده است، به نظر می‌رسد که برای کاهش علائم افسردگی بیماران جسمانی که همزمان به اختلالات روانشناختی نیز مبتلا هستند، موثر می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

#### روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش-آزمون پس‌آزمون و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین شهر تهران از اسفند ماه سال ۱۳۹۱ تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۲ بودند و نمونه شامل ۲۴ بیمار با تشخیص سرطان پستان از میان بیماران مراجعه کننده به بخش آنکولوژی و رادیوتراپی بیمارستان امام حسین شهر تهران بودند که به شیوه داوطلبانه انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش ( $n=12$ ) تحت درمان فراشناختی طی ۸ جلسه گروهی یک

۱ Banhofer et al  
۴ Singer & Dobson

۱ Roelofs, Papageorgiou & Gerbera  
۲ Bergersen et al

بار در هفته) و گروه کنترل ( $n=12$ ) گماشته شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل داشتن تشخیص بیماری سرطان پستان مراحل ۳، ۲، ۱ براساس یافته‌های بالینی و مطالعات سیتولوژی و تشخیص پزشکی متخصص، رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، تمایل به همکاری در تکمیل ابزارها، ثبات جسمانی و روانشناختی (نداشتن علامت بارز جسمانی یا روانشناختی که حین شرکت در جلسات مداخله کند نظیر عود بیماری و یا ایجاد متاستاز در نقاط مختلف بدن در حین پژوهش)، نمره افسردگی بالاتر از متوسط، طول مدت تشخیص سرطان پستان بیشتر از یک ماه، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل و دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۵ سال بود. ملاک‌های خروج از مطالعه حاضر شامل ابتلا به سرطان نوع دیگری، تحت درمان به علت یک بیماری جسمی یا روان-شناختی دیگر، وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی، وجود علایم حاد و شدید بیماری به گونه‌ای که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیرممکن سازد و وجود علائم روانشناختی دیگری (مانند اضطراب) بودند. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که، برای بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد که شامل مراحل اجرایی زیر بود.

ابتدا از بین بیماران مراجعه کننده به امام حسین شهر تهران که دارای پرونده بودند و برای ویزیت‌های منظم در تاریخ‌های مشخصی به پزشک متخصص مراجعه می‌کردند، ۲۴ نفر که دارای ملاک‌های ورود

بودند، انتخاب شدند. سپس ۲۴ برگه که روی ۱۲ برگ *A* و روی ۱۲ برگ دیگر *B* نوشته شده بود تهیه شد. در هنگام انجام پیش‌آزمون با استفاده از مصاحبه ساختاریافته بالینی (*SCID*)، پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس (*DASS-21*) و پرسشنامه نشخوار فکری (*RRS*) برای تک تک بیماران به صورت جداگانه توسط پژوهشگر، از هر بیمار خواسته می‌شد که از بین برگه‌های تهیه شده ۱ برگ انتخاب کند و به این ترتیب کلیه بیماران به صورت تصادفی در دو گروه *A* و *B* جایگزین شده و در ادامه به صورت تصادفی یک گروه به عنوان گروه آزمایش (درمانی فراشناختی) و گروه دیگر به عنوان گروه گواه قرار گرفت. به طوری که، ۱۲ نفر در گروه تحت درمان فراشناختی و ۱۲ نفر تحت عنوان گروه گواه قرار گرفتند. ابتدا ملاک‌های ورود و خروج مطالعه تعریف شده و در طی زمان انجام مطالعه بیماران دارای ملاک ورود وارد پژوهش شدند. بیماران گروه تحت درمان فراشناختی در بخش آنکولوژی بیمارستان امام حسین شهر تهران توسط دو کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی که دوره‌های درمان فراشناخت را گذرانده و در این زمینه دارای تخصص و تجربه‌های لازم بود، هر هفته به مدت ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت تحت روان‌درمانی قرار گرفتند. درمان به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۲ ساعته براساس راهنمای درمان فراشناختی افسردگی انجام شد (ولز، ۲۰۰۹) و در این بین افراد گروه کنترل هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله در گروه آزمایش و هم‌چنین با فواصل ۲ ماه بعد از انجام مداخله (مرحله پیگیری اول) و ۴ ماه بعد از انجام مداخله (مرحله پیگیری دوم)

شرکت‌کنندگان مجددا پرسشنامه ها را تکمیل کردند. هم‌چنین، به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش درمان فراشناخت برای گروه کنترل نیز اجراء شد. خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات درمان فراشناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل نمونه-برگ جمعیت‌شناختی، مصاحبه ساختاریافته بالینی (SCID)، پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس (DASS-21) و نشخوار فکری (RRS) بود

**مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID):**<sup>۱</sup> مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) توسط فرست و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) به منظور تشخیص‌گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته و هنجاریابی شده است. SCID دارای دو نسخه بالینی و پژوهشی است که در پژوهش حاضر از نسخه بالینی استفاده شد. این نسخه براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR تنظیم شده است و برای تشخیص‌گذاری اختلالات محور I از آن استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر از فرم ایرانی این نسخه با تدوین و ترجمه محمدخانی، جوکار، جهانی‌تابش و تمنایی-فر (۱۳۹۰) استفاده شد. این ابزار در پژوهش‌های مختلف از پایایی و روایی بالایی (در دامنه ۰/۷۰ تا ۱/۰۰) برخوردار بوده است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۰).

**مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21):** این مجموعه مقیاس‌ها که شامل ۲۱ سوال می‌باشند؛ در سال ۱۹۹۵ توسط لوی‌باند

و لوی‌باند تهیه شده است و هر سوال در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از اصلا (۰) تا زیاد (۳) می‌باشد. در این پرسشنامه، هر یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس توسط ۷ عبارت متفاوت ارزیابی می‌شود و درنهایت مجموع امتیازات افسردگی، اضطراب و استرس به طور جداگانه برای هر بیمار محاسبه می‌شود (هنری و کرافورد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). پایایی و روایی این پرسشنامه در مطالعات گوناگون مورد تایید قرار گرفته است. لوی‌باند و لوی‌باند قابلیت اعتماد این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه کردند، برای هر ۳ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است که قابل قبول می‌باشند. فرم کوتاه آن در سال ۱۳۸۴ توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۵)؛ به نقل از محمدپور، رحیمیان‌بوگر و رضایی، (۱۳۹۴) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است و همبستگی درونی این مقیاس، با استفاده از آلفای کرونباخ برای متغیر افسردگی ۰/۷۷، متغیر اضطراب ۰/۷۹ و برای متغیر استرس ۰/۷۸ محاسبه شد.

**پرسشنامه نشخوار فکری:**<sup>۴</sup> این پرسشنامه توسط نولن هوکسما و مارلو (۱۹۹۱) ساخته شد و چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. این مقیاس ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۴

۴ Ruminative Response Scale

۱. Structured Clinical Interview (SCID)

۲ Firs et al

۳ Henry & Crawford

آن از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد (تیموری، رمضانزاده و محبوب، ۲۰۱۵). همچنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است (باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی، ۱۳۸۹).  
برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، درصد و درصد فراوانی و شاخص‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیری با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

(اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (تیموری، رمضانزاده و محبوب، ۲۰۱۵). در ایران این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه و روایی شده است و در پژوهش آن‌ها همبستگی این پرسشنامه با نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ گزارش شد. به طور کلی، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که این پرسشنامه دارای اعتبار درونی بالایی است و ضریب آلفای کرونباخ

جدول ۱. خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات درمان فراشناختی

جلسه	عنوان
اول	فرمول‌بندی کلی مراجع / معرفی مدل / شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت) / تمرین تکنیک افزایش توجه / کامل کردن فرم ATT / تکالیف خانگی (تمرین تکنیک افزایش توجه دو بار در روز و یادداشت کردن تکلیف ATT).
دوم	بررسی تکالیف خانگی / شناسایی زمان نشخوار ذهنی و افکار غیر قابل کنترل / معرفی و تمرین DM / نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکلی آزمایشی برای اصلاح کردن عقاید غیرقابل / تمرین ATT / تکالیف خانگی؛ تمرین ATT؛ کاربرد DM / تمرین و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی
سوم	بررسی تکالیف خانگی / شناسایی زمانهای نشخوار ذهنی و در زمان عقاید غیر قابل کنترل / شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی تمرین DM. بررسی نشخوار فعال و تمرین و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه / چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل / شناسایی سطوح فعالیت و مقابله / تکالیف خانگی تمرین ATT؛ به کارگیری به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و DM)
چهارم	بازبینی تکالیف خانگی؛ بررسی نشخوار ذهنی و افکار غیرقابل کنترل؛ بررسی سطوح فعالیت؛ و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند / بررسی اینکه آیا به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در حداقل ۷۵ درصد ماشه چکان‌ها دوره‌های نشخواری به کار می‌رود / چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی / تمرین ATT / تکالیف خانگی؛ تمرین ATT استفاده وسیع از DM و به تعویق انداختن نشخوار

پنجم	بازبینی تکالیف خانگی بررسی نشخوار ذهنی؛ بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت/ بررسی و کاربرد وسیع DM / ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی/ بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش (به فکر فرو رفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب یا استفاده از الکل) / تمرین ATT / تکلیف خانگی؛ تمرین ATT / به تعویق انداختن نشخوار ذهنی؛ افزایش فعالیت
ششم	بازبینی تکالیف خانگی؛ و بررسی نشخوارهای فکری؛ عقاید مثبت و سطح فعالیت / شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی/ تکلیف خانگی؛ تمرین ATT/ تمرین نشخوار و حفظ فعالیت‌ها.
هفتم	بازبینی تکالیف خانگی و بررسی نشخوارهای فکری و عقاید و راهبردهای مقابله‌ای غیرسودمند/ شروع به نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده / تمرین ATT/ تکلیف خانگی تمرین ATT /
هشتم	بازبینی تکلیف خانگی و بررسی نشخوار ذهنی / پیشگیری از عود (تکمیل طرح کلی درمان) کار بر روی عقاید فراشناختی باقیمانده. پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره‌ی نحوه‌ی استفاده از برنامه‌ی جدید.

#### یافته‌ها

اجتماعی و اقتصادی متوسط بودند. تمام شرکت‌کنندگان در حال طی کردن شیمی درمانی بودند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی و سبک نشخوار فکری در گروه آزمایش و کنترل، در چهار موقعیت پیش آزمون، پس آزمون، پی‌گیری اول و پیگیری دوم برحسب گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است.

دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۴۲ تا ۴۷ سال بود. از نظر وضعیت سنی میانگین و انحراف معیار گروه کنترل (۴۴±۲/۰۴) و گروه آزمایشی (۴۳±۱/۸۳) بود. متوسط سن هنگام تشخیص بیماری در گروه کنترل یک سال بیشتر از گروه آزمایشی بود. هم‌چنین، تمام شرکت‌کنندگان دارای پایگاه

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مولفه افسردگی و سبک نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سرطان

بعد	کنترل (n=12)				آزمایش (n=12)			
	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری اول	پی‌گیری دوم	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری اول	پی‌گیری دوم
نشخوار فکری	۶۸/۸±۲/۳۵	۷۲/۱۶±۲/۶۵	۷۱/۱۶±۳/۱۵	۷۳/۱۶±۲/۸۲	۶۶/۹۱±۱/۴۴	۵۱/۸۵±۳/۲۷	۵۷/۹۱±۳/۱۷	۶۲/۹۱±۲/۸۷
افسردگی	۲۵/۰۸±۰/۹۰	۲۴/۹۱±۱/۴۴	۲۴±۱/۱۴۷	۲۴/۳۳±۱/۹۲	۲۵/۰۸±۱/۱۶	۱۹/۵۰±۱/۱۶	۲۲/۱۶±۱/۱۹	۲۱/۹۱±۲/۱۹

پیش فرض‌های استفاده از مدل بررسی شد. نتایج آزمون  $M$  باکس در مورد تساوی ماتریس‌های کوواریانس حاکی از آن بود که مفروضه همگنی

در این مطالعه نمرات سبک نشخوار فکری و افسردگی در دو گروه آزمایشی و کنترل با تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تحلیل شدند. ابتدا



داد واریانس خطای متغیر وابسته در گروه‌ها مساوی است (جدول ۴). بنابراین، مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) رعایت شده است.

ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار است و ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در گروه‌ها مساوی است. در مولفه افسردگی ( $p = 0/244$ ) و در مورد مولفه نشخوار فکری ( $p = 0/458$ ) بود. هم‌چنین نتایج آزمون لوین نشان

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس خطا

مولفه ها	F	DF1	DF2	سطح معنی داری
افسردگی	۱/۳۲۷	۱	۲۲	۰/۳۶۲
پس آزمون افسردگی				
پیگیری اول افسردگی	۰/۰۹۹	۱	۲۲	۰/۷۵۶
پیگیری دوم افسردگی	۰/۰۱۴	۱	۲۲	۰/۹۰۸
نشخوار فکری	۱/۶۹۲	۱	۲۲	۰/۲۰۷
پس آزمون نشخوار فکری				
پیگیری اول نشخوار فکری	۰/۱۳۶	۱	۲۲	۰/۷۱۶
پیگیری دوم نشخوار فکری	۰/۰۰۱	۱	۲۲	۰/۹۸۰

است و تفاوت معناداری ندارند. بنابراین با توجه به رعایت پیش فرض لوین، امکان اجرای تحلیل کوواریانس نتایج جهت بررسی فرضیه پژوهش بلامانع است.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای افسردگی و نشخوار فکری در مراحل پس-آزمون و دو مرحله پیگیری تأیید می‌شود. یعنی واریانس‌های دو گروه در جامعه با یکدیگر مساوی

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) جهت بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل

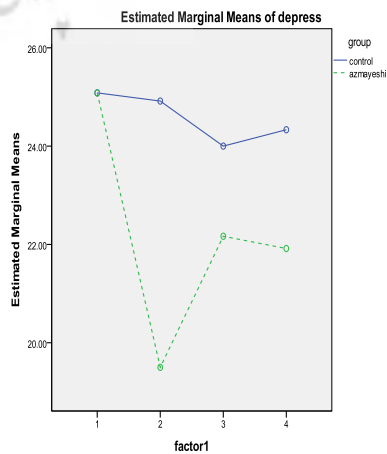
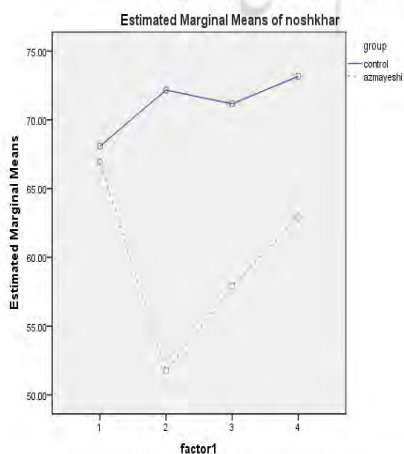
ارزش	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
آزمون اثر بیلابی	۷۷/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
آزمون لامبدای ویلکز	۷۷/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
آزمون اثر هنتینگ	۷۷/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۷۷/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
آزمون اثر بیلابی	۳۹/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰
آزمون لامبدای ویلکز	۳۹/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰
آزمون اثر هنتینگ	۳۹/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳۹/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰

جدول ۵. نتایج آزمون F اثرات بین گروهی برای ارزیابی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک متغیرهای وابسته

متغیر های وابسته	مجموع مجذور	df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری مجذور	مجذور اینتا
نشخوار						
پس آزمون نشخوار فکری	۲۱۵۶ / ۵۴۰	۱	۲۱۵۶ / ۵۴۰	۲۴۸ / ۴۵۴	۰ / ۰۰۱	۰ / ۹۲۲
پیگیری اول نشخوار فکری	۹۳۰ / ۲۹۹	۱	۹۳۰ / ۲۹۹	۸۹ / ۱۶۷	۰ / ۰۰۱	۰ / ۸۰۹
پیگیری دوم نشخوار فکری	۵۵۱ / ۰۷۶	۱	۵۵۱ / ۰۷۶	۶۷ / ۷۵۱	۰ / ۰۰۱	۰ / ۷۶۳
افسردگی						
پس آزمون افسردگی	۱۵۸ / ۴۸۱	۱	۱۵۸,۴۸۱	۶۹ / ۰۶۶	۰ / ۰۰۱	۰ / ۷۸۴
پیگیری اول افسردگی	۱۸ / ۱۰۰	۱	۱۸,۱۰۰	۱۰ / ۰۵۲	۰ / ۰۰۵	۰ / ۳۴۶
پیگیری دوم افسردگی	۴۰ / ۷۶۴	۱	۴۰,۷۶۴	۹ / ۳۰۳	۰ / ۰۰۷	۰ / ۳۲۹

پس آزمون، پیگیری اول و دوم به ترتیب ۶۸/۸، ۷۲/۱۶، ۷۱/۱۶ و ۷۳/۱۶ می باشد که تغییر چندانی نداشته است. هم چنین، برای متغیر افسردگی نیز در گروه آزمایش میزان پیش آزمون ۲۵/۰۸ بوده است که در پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم به ترتیب به ۱۹/۵۰، ۲۲/۱۶، و ۲۱/۹۱ کاهش یافته است. در حالی که میزان افسردگی در گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری اول و دوم به ترتیب ۲۵/۰۸، ۲۴/۹۱، ۲۴، و ۲۴/۳۳ می باشد که تغییر چندانی نداشته است. بنابراین درمان فراشناختی منجر به کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ( $P < ۰/۰۵$ ). این اطلاعات به وضوح در نمودارهای زیر نمایش داده شده است.

نتایج نشان می دهد که در مرحله پس آزمون، پی گیری اول و پی گیری دوم، در هر دو متغیر نشخوار فکری و افسردگی، بین گروه آزمایش و گواه پس از کنترل تفاوت های اولیه (پیش آزمون) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می توان گفت که میزان نشخوار فکری و افسردگی گروه تحت آموزش با درمان فراشناختی پس از مداخله و پی گیری اول و دوم در مقایسه با گروه گواه به طور معنادار کاهش یافته است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). به این معنی که میزان نشخوار فکری گروه آزمایش در پیش آزمون ۶۶/۹۱ بوده است که در پس آزمون، پی گیری اول و پی گیری دوم به ترتیب به ۵۱/۷۵، ۵۷/۹۱ و ۶۲/۹۱ کاهش یافته است. در حالی که میزان نشخوار فکری در گروه گواه در پیش آزمون،



### بحث و نتیجه گیری

با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و سبک نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان پستان، یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان فراشناختی منجر به کاهش افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌گردد. این یافته که درمان فراشناختی منجر به کاهش افسردگی می‌گردد، با مطالعه زونگ و همکاران (۲۰۱۶)، کویکن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۵)، ولز و همکاران (۲۰۱۲)، برگسن و همکاران (۲۰۱۱)، بنهوفر و همکاران (۲۰۰۹)، یعقوبی‌عسگرآبادی و همکاران (۱۳۹۲)، پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون (۱۳۹۲) و حسنوندی، ولی‌زاده و مهربابی‌زاده‌هنرمند (۱۳۹۲) در پژوهش‌های مختلف همخوان است.

پرهون و همکاران (۱۳۹۲) در تبیین یافته مشابه خود بیان می‌کنند که درمان فراشناختی به دلیل کاهش باروهای فراشناختی دخیل در تداوم نشانه‌های افسردگی، منجر به کنترل مکانیسم‌های زیربنایی علائم شناختی، هیجانی و رفتاری می‌شود. مدل فراشناختی بر خلاف مدل شناختی، متمرکز بر فرآیندهای شکل‌گیری شناخت‌واره‌ها (فرشناخت-واره‌ها) به جای کنترل مستقیم شناخت‌واره‌ها است. در واقع این درمان با مورد آماج قرار دادن عوامل سطح بالای کنترل شناخت، نه تنها افکار ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی را کاهش می‌دهد، بلکه راهبردهای ناکارآمد رفتاری را نیز کاهش می‌دهد.

یعقوبی‌عسگرآبادی و همکاران (۱۳۹۲) نیز در تبیین یافته مشابه خود در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی بیان می‌کنند که در درمان فراشناختی افراد فنونی مثل حلقه کلامی مثبت‌اندیشی و فکر کردن به کلمه‌ها و مسائل مثبت را می‌آموزند و همچنین تاثیر افکار مثبت و منفی را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند. علاوه بر این درمان فراشناختی بر تمرکز و توجه افراد اثرات سودمند بسیاری دارد که همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازش‌های توجهی می‌تواند منجر به تغییرات همزمان در باروهای ناکارآمد شوند. در کنار این مهارت‌ها، مکانیسم‌های زیربنایی دیگری که اثربخشی درمان فراشناختی را تبیین می‌کنند شامل کمرنگ شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازشی مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه پردازش فراشناختی است.

هم‌چنین، این یافته که درمان فراشناختی منجر به کاهش نشخوار فکری می‌گردد، با مطالعه کویکن و همکاران (۲۰۱۵)، محمودی و همکاران (۱۳۹۳)، یعقوبی‌عسگرآبادی و همکاران (۱۳۹۲)، پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون (۱۳۹۲) و حسنوندی، ولی‌زاده و مهربابی‌زاده‌هنرمند (۱۳۹۲) در پژوهش‌های مختلف همخوان است.

یعقوبی‌عسگرآبادی و همکاران (۱۳۹۲) در تبیین یافته مشابه خود بیان می‌کنند که رویکرد فراشناختی اثرات درمانی خود را از طریق قطع فعالیت‌های پردازشی مقاوم مانند نگرانی و نشخوار فکری

<sup>۱</sup> Kuyken et al

اعمال می‌کند. به عبارت دیگر، در درمان فراشناختی به جای چالش با افکار مزاحم و اضطراب‌زا، فرد با افکار ارتباط می‌گیرد که مانع از ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده می‌گردد و افراد را به این سمت هدایت می‌کند که افکار مزاحم الزاما به عمل ختم نمی‌شوند و صرفا یک فکر مزاحم هستند که باید به حال خودش رها گردد و درگیر آن نشد. پرهون و همکاران (۱۳۹۲) نیز در تبیین یافته مشابه خود بیان می‌کنند که پس از یادگیری درمان فراشناختی و به دنبال انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان، فرد زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری نخواهد داشت. در نتیجه به مرور زمان فراوانی و شدت نشخوارهای فکری در فرد کاهش می‌یابد. محمودی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در تبیین یافته خود بیان می‌کنند که در درمان فراشناختی باورهای مثبت و منفی پیرامون نشخوار فکری مورد چالش قرار می‌گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده می‌شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان‌های رایج شناختی اجرا گردد. به این ترتیب کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش از کار می‌افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد.

این مطالعه واجد محدودیت‌هایی بوده است که در تعمیم نتایج توجه به آن‌ها مهم است. از جمله، عدم وجود نمونه کافی که واجد ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر باشند برای گذاشتن گروه‌های سوم و چهارم و مقایسه سایر روش‌های درمانی، بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده بر مقایسه‌های درمان‌های نوین روانشناختی در کاهش علائم روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان تاکید گردد. هم‌چنین، گروه‌های دیگری با دارودرمانی و پلاسیبو در کنار گروه آزمایش و گواه بررسی شود تا امکان مقایسه‌ی بیشتر فراهم گردد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، نداشتن پیگیری طولانی مدت (۱ سال یا بیشتر) به دلیل عدم دسترسی به تمام شرکت‌کنندگان در طول زمان، بنابراین، پژوهشگران می‌توانند در مطالعات بعدی به طراحی پژوهش‌هایی با هدف بررسی اثرات طولانی مدت چنین مداخلاتی بپردازند.

#### سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی استان تهران و بیمارستان امام حسین استان تهران و هم‌چنین تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

#### References

- Bagheri Nezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi M. Correlation between rumination and depression in Iranian student sample. stud in Education and Psychol. 11:21(1);2010-38.[Persian].
- BanhoferT, CraneC, HarguseE, AmrasingheM, WinderR, Williams JMG. Mindfulness -

- based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behav Res Ther 366:(3)47;2009-73.
- Bergersen H, Foslie F, SunnerhagenKS, SchankAK. Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis 1:(2)23;2011-6.

- Brandao, T., Tavares, R., Schulz, M.S & Mena-Matos, P. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 114 :43-127.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B.W., & Benjamin, L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Association 1997.
- Fissher, P & Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy for obsessive - compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 117 ;39 :2008-32.
- Hasanvandi, S., Valizade, M & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2013). Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Journal Of Fundamentals Of Mental Health*. 71 :(57) 15-81.
- Henry J D, and Crawford J R. The short-form version of the depression anxiety stress scales (Dass-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Brit J Clin Psychol*, 2005; 44 (227 ),(2-239).
- Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleifh T, Kessler D. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015; Published online April 2015 ,21 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6222\(14\) 6736-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6222(14) 6736-4).
- Lengacher C, Barta M, Jacobsen P, Kip K, Shelton M, Budhrani P, et al. Feasibility of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Early-Stage Breast Cancer Survivors. *J Holist Nurs*. 2011; 107:(1)29-117.
- Lerner R, Kibler J, Zeichner S. Relationship between Mindfulness-Based Stress Reduction and Immune Function in Cancer and HIV/AIDS. Nova Southeastern University, Fort Lauderdale, U Cancer and Clinical Oncology. 1 :2 ;2013.
- Ma, S.F & Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 3)72 ;2004): 31-40.
- McFarland, DC., Andreotti, C., Harris, K., Mandeli, J., Tiersten A & Holland J. (2016). Early Childhood Adversity and its Associations With Anxiety, Depression, and Distress in Women With Breast Cancer. *Psychosomatics*. 174 :(2) 57-184.
- Mendlowicz M, Stein M. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 669 ;2000:157-82.
- Mohamadpour, S., Rahimian Boogar, I & Rezaei AM. (2014). The Role of Defense Styles and Alexithymia on Predicting Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease. *Zanjan University of Medical Sciences*. 48 :(97) 23-60.
- Mohammad khani P, Jokar M, Jahanitabesh O, Tamanaefar Sh. Clinical Structured Interview for DSM-IV-TR Disorders. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011. [Persian]
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol* 1991; 115:(2)61-21.

- Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical Meta - cognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research* 26(1);27 :2003-73.
- Parhoon, H., Moradi, A., Hatami, M & Parhoon, K. (2013). Comparison of the Brief Behavioral Activation Treatment and Meta-cognitive Therapy in the Reduction of the Symptoms and in the Improvement of the Quality of Life in the Major Depressed Patients. *rph. 2013*; 4) 6) :36-52.
- Roelofs J, Papageorgiou C, Gerbera R., Huibers M, Peeters F, Arntz A. On the links between self - discrepancies, rumination, Meta-cognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behav Res Ther*, 1295;45 :2007-1305.
- Siegal G, GHINASSI F., Thase M. Neurobehavioral Therapies in The 21<sup>st</sup> Century: Summary of An Emerging Field And An Example of Cognitive Control Training for Depression. *Cognitive Therapy and research* 235 ;2007:31- 62.
- Singer, A. R., and Dobson, K. S. (2009). The Effect Of The Cognition Style Of Acceptance On Negative Mood In A Recovered Depressed Sample. *Depression And Anxiety* 26:471- 479.
- taimory S, ramezani F, mahjob N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Cognitive Therapy in Reducing Depression and Obsessive Rumination among Women under Methadone Treatment. *Journal of Research no Addiction*. 145 :(34) 9 ;2015-159.
- Wells A. Meta-Cognitive therapy for anxiety and depression. New York, the Guilford Press. 2009
- Wells A, Fisher P, Myers S., Wheatle J, Pateel T, Chris R. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A Platform trial. *Behav Res Ther* 367 :45 ;2012-373.
- World health organization. Breast cancer: prevention and control. Available 2010.
- Yaghobi Asghar Abad, E., Bassaknejad, S., Mehrabi zade honarmand, M & Zamiri nejad S. Effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on depressed addicts under methadone Maintenance treatment (MMT) in city mashhad of Iran. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 1) 5 :2013): 167-174.
- Zhang, J., Xu, R., Wang, B & Wang, J. (2016). Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*. 1 :26-10.
- Mahmodi, G.H., Sepah Mansour, M., Hasani, F., Mohamadkhani, P & Larijani, Z.S. (2014). A comparison of the Effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy and Metacognitive therapy on depressive symptoms, positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students. *Psychological Research*. 10 (27):(2-50).